



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

Examensarbete för magisterexamen i fysioterapi - inriktning demensvård, 15 hp

HT2017

Fysioterapeuters resonemang kring att använda sig av utomhusmiljö i träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende

En kvalitativ intervjustudie

Physiotherapists reflections on using the outdoors for physical activity with people with dementia in nursing homes

A qualitative interview-study

Författare: Madelene Bruce Danielsson

madelene@hoppiland.se

Handledare: Anna Brorsson, Leg arbetsterapeut, Med Dr, Universitetsadjunkt Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, anna.brorsson@ki.se

Examinerande lärare: Elisabeth Rydwick, Leg sjukgymnast, Med Dr, Universitetslektor, Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

Abstrakt

Bakgrund

Effekter av fysisk träning har tidigare studerats med avseende på styrka, balans, ADL-förmåga och mentala funktioner för personer med demens. Även effekter av utevistelse har studerats för personer med demens med avseende på upplevd hälsolivå, mental, social och fysisk kapacitet. Studier om fysioterapeuters strategier för att använda sig av utemiljö vid träning för personer med demens i särskilt boende har däremot inte gjorts tidigare.

Syfte

Att undersöka hur fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utomhusmiljö vid träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende.

Metod

Sju fysioterapeuter intervjuades med halvstrukturerad intervju. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat

Analysen resulterade i tre teman med kategorier och underkategorier. Temana var 1) Vad påverkar valet att använda utomhusmiljön för träning eller inte? 2) Effekter av att välja utemiljö för träning och fysisk aktivitet. 3) Dokumentation och uppföljning av träning och fysisk aktivitet utomhus

Sammanfattning

Denna studie bidrar med ny kunskap om hur fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utemiljö i träning för personer med demens i särskilt boende. Tidigare forskning och resultaten från denna studie ger stöd åt metodutveckling för hur fysioterapeuter strukturerat kan bedriva träning utomhus för personer med demens. Målet är att påverka såväl välbefinnande som fysiska och mentala funktioner. Fysioterapeuter har med sina kunskaper om fysisk aktivitet och fysisk träning en viktig roll att spela i arbetet med att underlätta för personer med demens att få vara fysiskt aktiva i utemiljö även i särskilt boende.

Nyckelord

Demens; fysioterapi; kvalitativ innehållsanalys; vårdhem; miljö

Abstract

Background

Effects of physical exercise have previously been studied with respect to strength, balance, ADL-performance, and mental capacity of people with dementia. Effects of spending time outdoors have been studied with respect to perceived health, mental, social and physical capacity. No studies have been conducted concerning how physiotherapists make use of the outdoors when exercising with people with dementia in nursing homes.

Aim

The aim of this study was to explore physiotherapists' reasoning about making use of the outdoors for exercise with people with dementia living in nursing homes.

Method

Seven physiotherapists were interviewed using semi-structured interview. The interviews were analysed using qualitative content analysis with an inductive process.

Results

The analysis resulted in three themes with categories and sub-categories. The themes were 1) What affects the choice between using the outdoors or not for physical activity? 2) Effects of choosing the outdoors for physical activity. 3) The documentation and follow-up of outdoor exercise.

Conclusion

This study contributes with new knowledge about how physiotherapists reason about making use of the outdoors when exercising with people with dementia living in nursing homes. Previous research and the results from this study support the developing of structured methods for how to use the outdoors for exercise in nursing homes. The goal would be to affect wellbeing as well as physical and mental functioning for people with dementia. Physiotherapists with their knowledge about physical activity and exercise play an important part in facilitating outdoor exercise for people with dementia living in nursing homes.

Keywords

Dementia; nursing home; outdoor; physiotherapy; qualitative research

Innehållsförteckning

Inledning	1
1 Bakgrund	1
1.1 Demens.....	1
1.2 Kognitionens påverkan på motoriska funktioner	2
1.3 Procedurminnet.....	3
1.4 Gångens motorik påverkas vid demenssjukdomar	4
1.5 Fysioterapi	5
1.6 Fysioterapi i demensvården	6
1.7 Betydelsen av fysisk träning och fysisk aktivitet för personer med demens	7
1.8 Betydelsen av utevistelse för personer med demens.....	8
1.9 Betydelsen av promenader för personer med demens	9
1.10 Problemformulering	10
1.10.1 Syfte.....	10
2 Metod.....	10
2.1 Design.....	10
2.2 Urval	11
2.3 Rekrytering.....	11
2.4 Datainsamling	12
2.5 Analys	14
2.6 Etiska aspekter.....	16
3 Resultat.....	16
3.1 Vad påverkar valet att använda utomhusmiljön för träning eller inte?	17
3.1.1 Anhörigas förväntan på att utevistelse ska vara en del av livet	17
3.1.2 Samarbetspartners underlättar genomförande av uteträning	18
3.1.3 Egenskaper i miljön som stimulerar och främjar fysisk aktivitet och träning	19
3.1.4 Faktorer som underlättar respektive försvårar tillgången till utemiljön.....	20
3.1.5 Trygghet, en förutsättning för träning utomhus	21
3.2 Effekter av att välja utemiljö för träning och fysisk aktivitet	22
3.2.1 Positiva effekter vid fysisk aktivitet utomhus	22
3.2.2 Personers negativa upplevelser av att vistas utomhus	23
3.3 Dokumentation och uppföljning av träning och fysisk aktivitet utomhus	24
3.3.1 Fysisk aktivitet eller fysisk träning.....	24
3.3.2 Träningsmål	25
4 Diskussion.....	25
4.1 Resultatdiskussion	25
4.2 Metodologiska överväganden.....	28
4.3 Kliniska implikationer	30
4.4 Implikationer för fortsatta studier	31
5 Slutsats	31
6 Referenser	32
Bilaga A	36
Bilaga B	37
Bilaga C	38

Inledning

s

Egen klinisk erfarenhet, samt erfarenhet från kollegor ger vid handen att personer med demenssjukdom i så pass sent stadie att de flyttat till särskilt boende sällan är intresserade av, eller motiverade till träning i träningslokal. De är oftast inte heller särskilt uthålliga i den träningen utan stark verbal motivation från fysioterapeuten. Däremot är de allra flesta intresserade av att komma ut, och lättmotiverade till att ta en promenad särskilt om det finns ett tydligt mål för promenaden. Målet kan till exempel vara att gå till sjön eller att se hur det går för odlingarna. Utifrån dessa erfarenheter har mitt intresse väckts för hur fysioterapeuter resonerar kring tanken att använda sig av utomhusmiljön i träning för personer med demens i särskilt boende.

1 Bakgrund

1.1 Demens

Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för flera olika sjukdomar som angriper hjärnans nervceller och ger en försämring av kognitiva funktioner, bland annat minnes-, språk, och visuospatiala förmågor (Mandell & Green, 2014). Förmågan att planera och utföra dagliga handlingar försämras, och sjukdomen kan även påverka personlighet och ge beteendeförändringar. Under sjukdomsförloppet, som är irreversibelt, drabbas större delar av hjärnan och symtomen blir mer och mer uttalade. Alzheimerdemens är den vanligaste demenssjukdomen och innefattar ca 60 - 70% av de drabbade. Andra vanliga demenssjukdomar är vaskulär demens, frontallobsdemens, Lewy Body Demens och Parkinsondemens (Mandell & Green, 2014).

I Sverige insjuknar ca 24 000 människor per år i någon demenssjukdom och idag lever ca 160 000 människor med demens, de flesta är äldre än 65 år (Socialstyrelsen, 2016). Cirka 45% av platserna på särskilt boende i Sverige bedöms upptas av personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2014).

1.2 Kognitionens påverkan på motoriska funktioner

Människans motoriska funktioner styrs och påverkas av flera komponenter och är beroende av många delar av hjärnan. Olika kognitiva svårigheter påverkar motoriken på skilda sätt:

I den *primära somatosensoriska barken* finns förmågan att ta emot och tolka sinnesintryck - här startar informationsprocessen (Shumway-Cook & Woollacott, 2017). Shumway-Cook och Woollacott (2017) beskriver hur teorierna kring motorisk kontroll utvecklats från att definiera rörelse som något som sker som en reaktion på yttre stimuli (reflexteori) till att kunna fungera även utan externa stimuli genom centralt genererade motoriska program. De beskriver hur rörelser kan genereras utan hjälp av yttre sinnesintryck, men hur rörelsen då kan bli mindre modulerad och därmed mindre effektiv, det vill säga att även om rörelsen går att utföra påverkas dess kvalitet av sensorisk input. Två exempel som belyser detta: 1) Ett experiment med syrsor visade att de kunde fortsätta flyga när känselnerverna skars av, men med lägre frekvens på vingslagen på grund av att den sensoriska inputen försvann. 2) Förmågan att skriva sin namnteckning är ett centralt genererat motoriskt program. Det kan göras smått, stort och med vänster eller höger hand utan att specifika karakteristika går förlorade även om kvaliteten skiljer sig åt (Shumway-Cook & Woollacott, 2017).

Sensorisk information behövs för att möjliggöra ett optimalt stabilt stående utan för mycket posturalt svaj, och ett centralt genererat rörelsemönster som gång kräver små finjusteringar under aktivitetens utförande för att hålla balansen och ha god stabilitet. Dessa finjusteringar är ett svar på inkommande sensorisk information och bidrar till att gång blir en upprepad rytmisk aktivitet. Nedsatt förmåga att ta emot och tolka sinnesintryck kan alltså medföra en ökad fallrisk (Bate, 2009).

Hippocampus spelar en central roll för att extern och intern sensorisk information ska kunna integreras i motorisk aktivitet, där uppfattningen av hur kroppen förhåller sig till omgivningen är väsentlig för att till exempel kunna gå problemfritt (Scherder et al., 2007).

I *frontalloberna* finns de kognitiva funktionerna koncentration och uppmärksamhet som ger förmågan att sortera bland sinnesintryck. Här finns även de exekutiva funktionerna problemlösning, planering och beslutsförmåga. För att dessa funktioner ska fungera krävs tillgång till alla de tre fungerande minnesfunktionerna semantiskt minne (förmågan att ta fram lagrad information, uppslagsverksfunktion), episodiskt minne (att koda, lagra och ta fram information) och arbetsminne (att hålla informationen och bearbeta den t ex huvudräkning), som är lokaliserat till temporalloben. Det episodiska minnet och arbetsminnet är dessutom beroende av att hippocampusstrukturen fungerar. Hippocampus har ett funktionellt förhållande till frontalloberna genom entorinala cortex på insidan av temporalloberna. Frontalloberna är inte begränsade till sin roll för exekutiva funktioner, utan är även involverade i gångförmågan (Scherder et al., 2007).

Om dessa exekutiva funktioner blir nedsatta kan visserligen gångens automatik fungera, men med till exempel bristande koncentrationsförmåga är det lätt att bli distraherad och avbruten i den motoriska aktiviteten som var påbörjad.

I *parietalloberna* finns den visuospatiala förmågan. Förmågan att uppfatta riktning och avstånd, och sig själv i rummet är väsentligt för att kunna röra sig adekvat och kunna anpassa sina rörelser och sin förflyttning i förhållande till omgivningen (Scherder et al., 2007). En nedsatt visuospatial förmåga kan vara en stor fallrisk t ex när avståndsbedömningen till stolen inte är korrekt.

1.3 Procedurminnet

Procedurminne syftar på kognitiva och motoriska färdigheter som fungerar på en icke medveten automatiserad nivå (Kowall & Budson, 2013). Det är inte i lika hög grad beroende av välfungerande parietal- och hippocampusstrukturer som det episodiska minnet och finns kvar relativt långt in i demenssjukdomen. Att gå är en procedur / centralt motoriskt program inlärt i tidig ålder och promenader kan förmodas fungera som en träningsform längre in i sjukdomen än träningsformer som lärts in senare i livet och således är mer beroende av det episodiska minnet. Procedurminnet kan underlättas med rätt triggers för

motivation, som förutsätter kännedom om den demenssjukes preferenser och levnadsvanor (Harrison, Son, Kim, & Whall, 2007).

1.4 Gångens motorik påverkas vid demenssjukdomar

Scherder et al. (2007) beskriver hur gångens motorik påverkas vid tidiga stadier av olika former av demenssjukdomar:

För personer med **Alzheimers sjukdom** angrips till att börja med tinningloberna. Där redovisas de viktigaste fynden vara försiktig gång, det vill säga sänkt hastighet, kortare steglängd bredspårigare gång och även nedsatt postural stabilitet. Längre fram i sjukdomen då även frontalloberna drabbats syns så kallad frontal gång som även innefattar avsaknad av medrörelser i bålen, mer släpande gång, ataktisk gång. Dual task, att gå och samtidigt dela koncentrationen med en annan uppgift, t ex att räkna upp djur på en viss bokstav, sänker tydligt gånghastigheten för en person med Alzheimers sjukdom (Cedervall, Halvorsen, & Åberg, 2014). Gångsvårigheter är dock mindre framträdande i tidiga stadier av Alzheimers sjukdom än i tidiga stadier av andra demenssjukdomar.

Hos personer med **Vaskulär demens** är den tydligaste påverkan på gången bradykinesi och stelhet men det kan även förekomma släpande gång och brist på medrörelser i bålen (Scherder et al., 2007).

Hos personer med **Frontallobsdemens** (FTD) kunde påverkan på gången variera beroende på vilken typ av FTD personen hade. Ofrivilliga bålrörelser var det vanligaste fyndet hos den frontala varianten av FTD, medan personer med semantisk FTD inte hade lika stor påverkan på gångens motorik, åtminstone inte i tidig fas (Scherder et al., 2007).

Hos personer med **Lewybodydemens** är stelhet och släpande gång framträdande drag, liksom hos personer med Parkinsondemens (Littbrand & Rosendahl, 2012).

1.5 Fysioterapi

Rörelse är det centrala begreppet inom fysioterapi och kan ses som både mål och medel. Begreppet är mångdimensionellt vilket innefattar fysisk rörelse, funktion samt emotion och har både sociala och existentiella dimensioner (Broberg & Lenné, 2017)

Rörelse betraktas som ett kontinuum från mikroskopisk nivå ända till individen i samhället och rörelsen påverkas av fysiska (t ex rörelseförmåga och kondition), psykiska (t ex mental hälsa, hjärnskada), samhälls- (t ex synen på sjukdomar och handikapp) och miljöfaktorer (t ex tillgänglighet i samhället för personer med olika funktionsnedsättningar) (Broberg & Lenné, 2017). En analys av olika aspekter av rörelse samt personens önskade och nuvarande rörelseförmåga ligger till grund för val av fysioterapeutisk intervention (Broberg & Lenné, 2017; Cott & Finch, 2007).

Fysioterapeutisk teori beskriver i The Movement Continuum Theory (2007) hur en persons rörelse är beroende av fungerande samverkan mellan både muskel- och ledaktivitet och neurologisk integrering samt en persons förmåga att interagera med sin omgivning. Nedsatt kognition på grund av demenssjukdom påverkar en persons motorik och motoriska kontroll som beskrivits ovan, och fysioterapeuters kunskap om hur detta sker kan vara till stor hjälp vid rehabilitering och utformning av träning för personer med demenssjukdom (Cott & Finch, 2007).

International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, ger fysioterapeuter en tydlig struktur för att inte utelämna viktiga faktorer vid en bedömning (Pless & Granlund, 2011; Ustun, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003). ICF möjliggör ett biopsykosocialt perspektiv som beaktar domäner som funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsningar, delaktighetsinskränkningar och påverkan från omgivningsfaktorer vilket ger en bild av hur sjukdom påverkar personens hela liv (Ustun et al., 2003).

ICF kan alltså på ett tydligt visa att en skada som till exempel hjärnskadorna hos person med demenssjukdom kan spela en större eller mindre roll för delaktighet och aktivitetsbegränsning beroende på om omgivningsfaktorerna är underlättande eller hindrande. Med en nedsatt orienteringsförmåga kan personen ändå hitta ut och hem igen om det finns en tydlig skyltning och gångvägar som alltid leder hem. Om detaljer i miljön och personalens agerande underlättar för procedurminnet kan personen klara av att prestera på en högre fysisk nivå än med en icke-stimulerande miljö (Ustun et al., 2003).

Historiskt har biomedicin och biomekanik dominerat fysioterapeutisk teoribildning och bidragit till en alltför snäv syn på hälsa och sjukdom (Shaw & Deforge, 2012). Shaw och Deforge (2012) uppmuntrar fysioterapeuter att lyfta blicken och reflektera över hur den kontext och kultur fysioterapin utövas i påverkar hur kunskap om relevanta åtgärder söks, och vad som bedöms vara relevanta problem för fysioterapeutiska interventioner. Genom att använda sig av ICF-modellen som uppmanar fysioterapeuten att ta hänsyn till såväl kroppens funktioner som aktiviteter och deltagande i samhället kan synen på var kunskap ska inhämtas vidgas. Den mer erfarna fysioterapeuten kan verka i en anda av bricoleur, att i sin bedömning inkludera flera olika synsätt på hälsa, såväl mer biomekaniska överväganden, som psykosociala aspekter vad gäller till exempel ledrörlighet (Shaw & Deforge, 2012).

1.6 Fysioterapi i demensvården

World Confederation for Physical Therapy (2017) beskriver hur fysioterapi riktar sig mot enskilda och grupper av individer och inriktar sig på att utveckla, bibehålla och återställa maximal rörelse- och funktionsförmåga genom hela livet även när förmågan sviktar på grund av till exempel ålder, skada, smärta eller omgivningsfaktorer. Inom demensvården kan fysioterapeutiska interventioner användas i funktionsbevarande syfte vad gäller en persons rörelseförmåga och funktion genom t ex undervisning för omvårdnadspersonal om naturligt rörelsemönster och hur det kan stödjas hos personer med demens och även ordinera träningsprogram för att bibehålla styrka och rörlighet (Broberg & Lenné, 2017). Fysioterapeutiska interventioner kan även användas för

sekundärprevention; att förhindra ytterligare problem där ett hälsoproblem redan föreligger, i kombination med demenssjukdom, t ex vid smärttillstånd där anpassad rörelseträning kan lindra och förebygga ytterligare smärta (Broberg & Lenné, 2017).

Rekommendationerna om fysisk aktivitet för vuxna gäller även personer med demenssjukdom och är av vikt för att förebygga ytterligare sjukdom t ex hjärt-kärlsjukdom (Taraldsen, Hellbostad, & Saltvedt, 2016). Fysisk aktivitet är även av vikt för att lindra demenssjukdomens nedsatta kognitiva funktioner, sömnstörning och vandringsbeteende, samt att förbättra humör, stämningsläge och ADL-förmåga (Eggermont & Scherder, 2006; Littbrand, Stenvall, & Rosendahl, 2011; Thuné-Boyle, Iliffe, Cerga-Pashoja, Lowery, & Warner, 2012; Winchester et al., 2013).

1.7 Betydelsen av fysisk träning och fysisk aktivitet för personer med demens

Fysisk aktivitet kan definieras som all kroppsrörelse som leder till energiförbrukning högre än viloförbrukningen (Matsson, Jansson, & Hagströmer, 2014). För att man ska få en träningseffekt och öka till exempel kondition eller muskelstyrka krävs en så pass hög belastning på kroppen att den inte går att utföra med lätthet, så kallad overload, och den bör utföras strukturerat, återkommande och med en succesiv ökande belastning för att få avsedd effekt (Matsson et al., 2014).

Personer med demenssjukdom kan tillgodogöra sig fysisk träning och den kan ha en positiv påverkan på balans (Hernandez et al., 2015; Littbrand, Carlsson, et al., 2011; Toots et al., 2016). Littbrand et al. (2011) beskriver hur långtidspåverkan på balans och gångförmåga kan uppnås genom högintensiv benstyrketräning. Fysisk träning har även en positiv effekt på bevarande av ADL-förmågor (Groot et al., 2016; Littbrand, Stenvall, et al., 2011; Toots et al., 2016).

I en metaanalys av RCT-studier visades att fysisk träning även har en positiv påverkan på kognitiva funktioner, oavsett demenstyp. I studien fann man en oenighet bland författare av olika studier om huruvida frekvens och intensitet kunde ha betydelse för träningens effekt på kognitiva funktioner, men review-författarna drog slutsatsen att valet av hög- eller lågfrekvent träning saknade betydelse för effekten på kognitiva funktioner (Groot et al., 2016).

Cedervall, Torres och Åberg (2015) visar att fysisk aktivitet även har en positiv effekt på bevarad självkänsla och kan vara en hjälp för personer med demens att fokusera på det friska hos sig själva. Fysisk aktivitet kan ha effekt på psykiska symtom som beteendestörningar, sinnesstämning, vandringsbeteende och sömn, men fler studier behöver göras som studerar en enskild intervention i taget för att kunna dra säkrare slutsatser (Thuné-Boyle et al., 2012).

Trots den stora betydelsen av fysisk träning och fysisk aktivitet tillbringar personer i särskilt boende ca 75% av sin vakna tid med stillasittande aktiviteter (de Souto Barreto et al., 2016).

1.8 Betydelsen av utevistelse för personer med demens

För personer med demens i tidigt stadium kan det vara av stor betydelse för självkänslan att kunna fortsätta att vistas utomhus (Cedervall et al., 2015; Olsson, Lampic, Skovdahl, & Engstrom, 2013). Att hålla sig fysiskt aktiv genom utevistelse kan vara ett sätt att skapa en meningsfull daglig rutin (Ylva Cedervall & Åberg, 2010). För vissa individer kan utevistelse dock väcka känslor av sorg över förlust av förmågor vid tillbakablickande på sitt liv (Olsson et al., 2013). Personer med demens som deltog i en dagverksamhet förlagd i skogen fick en positiv påverkan på sin mentala, sociala och fysiska kapacitet (Swane, 2005). Det visade sig bland annat genom att under skogsdagarna samtalande personerna mer sinsemellan än vid traditionell dagverksamhet inomhus. Personerna med demens berättade även mer för anhöriga om vad de upplevt under dagen än de dagar som tillbringats på traditionellt sätt. Det tros höra samman med att upplevelsen av att vara i naturen ger en större känsla av meningsfullhet (Swane, 2005).

Rappe, Kivela och Rita (2006) visar på ett starkt positivt samband mellan hög frekvens av utomhusvistelse och självskattad hälsnivå hos personer med demenssjukdom i särskilt boende, och de rekommenderar att det underlättas för personer i särskilt boende att få tillgång till utemiljö året runt (Rappe, Kivela, & Rita, 2006).

1.9 Betydelsen av promenader för personer med demens

Promenader har en stabiliserande effekt på kognitiva funktioner (Littbrand, Stenvall, et al., 2011; Murai et al., 2016; Winchester et al., 2013). Littbrand, Stenvall och Rosendahl (2011) menar dock att promenad i självvalt tempo inte har någon positiv påverkan på kognition, utan menar att ansträngning nära maximal förmåga krävs för att se en effekt. Detta nämns inte av Murai et al. (2016), eller Winchester et al. (2013).

Brett, Traynor och Stapley (2016) kunde förutom en positiv påverkan på kognition och funktion även se en positiv påverkan på agitation och humör, relaterat till promenader. De påpekar dock att studierna som granskats inte håller tillräckligt hög kvalitet för att kunna dra säkra slutsatser.

Harada et al. (2016) visar att promenader har en större positiv effekt på kognition för människor som dessutom har fysiska begränsningar än de med enbart kognitiv nedsättning. Thuné-Boyle et al. (2012) konstaterar i sin metaanalysartikel att det saknas kontrollerade studier som undersöker den isolerade effekten av fysisk aktivitet på sömn. De finner dock ett visst stöd för promenader som intervention. Thuné-Boyle et al. fann också andra granskande studier som tyder på större effekt på sömn om promenaden förekommer dagligen, gärna flera gånger per dag. Det finns flera studier som pekar på goda resultat av promenader, men de har för korta behandlingsperioder för att kunna dra säkra slutsatser (Thuné-Boyle et al., 2012).

Eggermont och Scherder (2006) har i sin reviewartikel funnit stöd för att fysisk aktivitet som inkluderar promenader har god effekt på sömnstörning, och då särskilt för personer med en mild sömnstörning (Eggermont & Scherder, 2006).

1.10 Problemformulering

Med grund i fynden att utomhusmiljö på många olika sätt har en positiv påverkan på personer med demenssjukdom stärks tanken att utevistelse skulle kunna stimulera till naturlig fysisk aktivitet till skillnad från konstruerad träning inomhus, och samtidigt medföra de övriga positiva effekterna av vistelse utomhus. Möjligheten att klara av att röra sig och träna längre in i sjukdomen skulle kunna öka om träningsformen vore promenader eftersom gång är ett centralt genererat motoriskt program och kan använda procedurminnet för att fungera, trots att gångens kvalitet påverkas av demenssjukdomen. Promenaden som träningsform skulle kunna ha potential att göra träningspasset tidsmässigt längre utan den kraftiga verbala förstärkning som ofta behövs i en träningslokal.

1.10.1 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utomhusmiljö vid träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende.

2 Metod

2.1 Design

Studien var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. ”Syftet med en kvalitativ intervju är att upptäcka och identifiera egenskaper och beskaffenheten hos något, t ex den intervjuades livsvärld eller uppfattningar om något fenomen” (Patel & Davidson, 2011), s 81). I denna studie var syftet att ta reda på hur fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utomhusmiljö vid träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende.

2.2 Urval

Informanterna valdes genom ett strategiskt urval (Creswell, 2013). För denna studie innebar det att målet var ett så varierat urval som möjligt baserat på kön och yrkeserfarenhet inom demensområdet. Genom att välja informanter med olika lång erfarenhet av arbete med personer med demenssjukdom bedömdes variationsrikedomen i informanternas svar öka, vilket skulle bidra till studiens validitet (Patel & Davidson, 2011). Informanter från båda könen förmodades kunna bidra till ytterligare variationsrikedom i svaren; enligt författarens erfarenhet verkar kvinnor och män generellt ha olika benägenhet att prova på olika och nya varianter av fysisk aktivitet. En variation i informanternas kontext (geografisk placering och utformning av de särskilda boendena) skulle kunna ha varit ytterligare en möjlighet för att öka variationen i svaren, men bedömdes begränsa möjligheten att få tillräckligt många informanter.

Kvale och Brinkmann (2014) belyser att antalet intervjupersoner ofta är för få eller för många. De argumenterar både för större och mindre antal informanter, och betonar att kvalitet inte nödvändigtvis hänger ihop med antal.

Intervju av sex fysioterapeuter verksamma inom särskilt boende för personer med demenssjukdom bedömdes som relevant för att uppnå rik data i denna studie. Två informanter av vardera kön från varje erfarenhetsgrad sågs som önskvärt.

- 1) begränsad erfarenhet < 1 år
- 2) någon erfarenhet 3-5 år
- 3) stor erfarenhet >10 års erfarenhet

2.3 Rekrytering

Rekrytering skedde genom en förfrågan i två olika nätverk för fysioterapeuter:
1) Demensnätverk i mailform som drivs av Fysioterapeutförbundets sektion för Äldres Hälsa med medlemmar i hela landet. 2) Nätverk för fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom Stockholms län som drivs av Stiftelsen Stockholms läns

Äldrecentrum. Efter godkännande av ansvarig för respektive nätverk skickades en mailförfrågan ut som beskrev syftet med studien och en begäran om att svara om intresse fanns att delta i studien (bilaga A).

Sju fysioterapeuter anmälde sitt intresse. Fysioterapeuternas chefer kontaktades per e-post för att inhämta tillstånd att göra intervjuer på arbetstid. Efter godkännande från berörda chefer kontaktades fysioterapeuterna på nytt för att kontrollera om de fortfarande var intresserade av att delta samt för att bestämma tid för intervjuer. Samtliga var fortfarande intresserade och författaren beslöt att inkludera alla de sju intresserade i studien. De som ville delta var alla kvinnor, och alla utom en hade minst 15 års erfarenhet av att arbeta med demenssjuka personer vilket medförde att det planerade strategiska urvalet inte kunde förverkligas, tabell 1.

Tabell 1
informantinformation

Informant	Kön	Antal års erfarenhet inom demensvård	Landskap
1	Kvinna	17 år	Uppland
2	Kvinna	17 år	Uppland
3	Kvinna	17 år	Gästrikland
4	Kvinna	25 år	Skåne
5	Kvinna	15 år	Småland
6	Kvinna	20 år	Jämtland
7	Kvinna	5 år	Sörmland

2.4 Datainsamling

Lantz (1993) beskriver hur datainsamling med intervju är lämplig när man söker en kvalitativ förståelse vilket var fallet i denna studie. Vidare beskrivs karaktären hos den öppet riktade intervjun ge möjlighet att uttrycka en nyanserad och varierad bild av fenomenet i fråga (Lantz, 1993, pp. 33,34,58).

Kvale och Brinkmann (2014) benämner samma typ av intervju som halvstrukturerad. Den halvstrukturerade intervjun bedömdes vara en lämplig datainsamlingsmetod för att ge informanterna i studien möjlighet att formulera sig fritt kring fenomenet fysisk träning utomhus för personer med demenssjukdom i särskilt boende.

Det är informanternas förståelse och upplevelse av, och resonemang kring fenomenet som är centralt och det är även ett fynd att upptäcka att informanten inte har någon uppfattning kring fenomenet i fokus (Patel & Davidson, 2011). Patel och Davidson (2011) poängterar att det är av vikt att forskaren inte styr tankarna hos informanterna i en viss riktning. Forskaren använde sin förförståelse enbart till att skapa en frågeguide (bilaga B).

Tratt-teknik, som innebär att börja med mer allmänna frågor och låta informanten komma igång i sina tankar för att sedan smalna av mot det specifika området i fokus valdes som upplägg för denna studies frågeguide (Kvale & Brinkmann, 2014; Patel & Davidson, 2011). Metoden valdes för att underlätta för deltagare utan stor erfarenhet av fenomenet träning med demenssjuka personer i utemiljö att använda sin erfarenhet av andra träningsmiljöer i reflektionen kring frågorna.

En provintervju genomfördes och inkluderades i studien. Inga frågor ändrades efter provintervjun. Intervjutekniken justerades något efter provintervjun så att intervjuaren lät tystnader och pauser bli längre för att ge större utrymme till informanterna att ge uttömmande svar. Informanter boende på samma ort som författaren erbjöds personligt besök på arbetsplatsen för intervju vilket de också föredrog. Informanterna boende på annan ort fick möjlighet att välja mellan att bli intervjuad via Skype eller telefon. Två intervjuer gjordes via Skype och tre intervjuer gjordes via telefon. Alla intervjuer spelades in med en digital diktafon och varade mellan 20 och 45 minuter. Ljudinspelningen överfördes till lösenordsskyddad dator direkt efter intervju och ljudfilen på diktafonen raderades därefter.

Den inledande intervjufrågan ställdes på likartat sätt vid alla intervjuerna (bilaga B) och övriga frågor ställdes som kompletterande frågor i de fall informanten inte redan täckt dessa frågor i sina svar, för att inte styra informanternas tankar i en viss riktning (Patel & Davidson, 2011).

För att stärka validiteten användes kommunikativ validitet vilket innebär att forskaren under intervjuens gång sammanfattade för informanten vad som förståtts för att få bekräftelse på om att svaret uppfattats korrekt och även för att

ge informanten möjlighet att utveckla svaret ytterligare (Patel & Davidson, 2011).

2.5 Analys

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes som analysmetod av materialet då syftet var att förutsättningslöst analysera fysioterapeuternas resonering kring frågeområdena i intervjuguiden (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Intervjuerna lyssnades igenom flera gånger i anslutning till intervjutillfället för att ge forskaren möjlighet att få ett levande förhållande till sitt materialet och för att uppfatta nyanser i intervjuerna som kan vara svåra att transkribera (Patel & Davidson, 2011). Intervjuerna transkriberades ordagrant i ett word-dokument med pauser, skratt och andra betydelsefulla ljud noterade. Texterna lästes igenom flera gånger för att börja urskilja meningsbärande enheter. De transkriberade intervjuerna lades in i datorprogrammet Open Code 3.6 där de meningsbärande enheterna kodades. Koderna var textnära de ursprungliga meningsbärande enheterna. Koderna lästes sedan igenom flera gånger för att jämföras. Olika koder tillsammans bildade 15 preliminära kategorier. Koderna och de preliminära kategorierna jämfördes ytterligare och fler av de preliminära kategorierna befanns överlappa varandra och handla om samma sak. Koderna och kategorierna sorterades på nytt till dess kategorierna inte överlappade varandra och alla koder passade i enbart en kategori (Patel & Davidson, 2011). För att stärka trovärdigheten gjordes arbetet med att jämföra koder och kategorier i dialog med handledaren, så kallad Peer debriefing (Creswell, 2013; DePoy & Gitlin, 2016). Detta resulterade i 9 slutliga kategorier med namn som svarar på frågan vad koderna som förts samman handlar om. Till vissa av kategorierna växte underkategorier fram. Kategorierna kunde sammanföras i tre olika teman.

Tabell 2
Exempel på analysprocessen från kod till tema

Exempel på koder	Underkategorier	Kategori	Tema
Vaknar ur sin bubbla Vaknat till och blivit pigg	Ökad vakenhet	Positiva effekter vid utomhusträning	Effekter av att välja utemiljö för träning och fysisk aktivitet
Högsta önskan kunna gå ute Uteträning som egentid med personalen Tar ett djupt andetag när man kommer ut Har plockat blommor	Livskvalitet		
Stärkt möjligheten att samverka socialt Den riktiga personligheten kommer fram Tidigare livet kommer fram istället	Normaliserande		
Fler leenden efter promenad Blir av med känslan av instängdhet	Humörhöjande		
Ångestrelaterade beteendet minskade för ett tag Den motoriska oron har minskat Man blir trött på ett friskt sätt	Minskade psykiska symtom		
Rädd för att bli lämnad i trädgården Oro för toalettbesök Inte känna sig fin nog	Upplevelse av oro	Negativa upplevelser vid utomhusträning	
Såg obehagliga djur i buskarna	Upplevelse av skrämmande synhallucinationer		

2.6 Etiska aspekter

Informationsbrev om studien samt förfrågan om tillåtelse att göra intervjuer med informanterna på arbetstid mailades till de tilltänkta informanternas chefer. Efter godkännande av chef skickades en samtyckesblankett till informanterna (bilaga C) som undertecknades innan intervjuerna ägde rum, i enlighet med Helsingforsdeklarationen (Medicinskaforskningsrådet, 2000). Informanterna och deras chefer erbjöds ett exemplar av den färdiga studien. Informanterna var inte i någon beroendeställning till forskaren och de bedömdes inte löpa någon risk genom att delta i studien.

Ljudfiler från intervjuer fördes över till lösenordskyddad dator direkt efter intervjutillfällena och raderades därefter från diktafon. Efter avslutad studie raderades även ljudfiler från datorn. De utskrivna intervjuerna innehöll inte några personuppgifter utan märktes enbart med datum, antal års erfarenhet inom demensvård och på vilket sätt intervjun genomförts; personligt möte, skype eller telefon. I de fall informanterna nämnt namnet på ett särskilt boende eller lättidentifierade karaktäristika på boenden har dessa uteslutits eller markerats med X i transkriberingen för att säkerställa att materialet inte ska kunna identifieras med informanten. E-postadresser till informanterna raderades efter utskick av det färdiga arbetet. Genom dessa olika åtgärder kan informanternas konfidentialitet anses garanterad (Kvale & Brinkmann, 2014).

3 Resultat

Resultatet representerar hur sju fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utomhusmiljö vid träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende. Innehållsanalysen resulterade i tre teman: 1) Vad påverkar valet att använda utomhusmiljön för träning eller inte? 2) Effekter av att välja utemiljö för träning och fysisk aktivitet. 3) Dokumentation och uppföljning av träning och fysisk aktivitet utomhus. Temana innehöll flera olika kategorier, tabell 3. Kategorierna beskrivs nedan, med belysande citat i kursiv stil.

Tabell 3
Schematisk redovisning av studiens resultat i teman och kategorier.

Teman	Kategorier
Vad påverkar valet att använda utomhusmiljön för träning eller inte	<p>Anhörigas förväntan på att utevistelse ska vara en del av livet</p> <p>Samarbetspartners underlättar genomförande av uteträning</p> <p>Egenskaper i miljön som stimulerar och främjar fysisk aktivitet och träning</p> <p>Faktorer som underlättar resp försvårar tillgången till utemiljön</p> <p>Trygghet, en förutsättning för träning utomhus</p>
Effekter av att välja utemiljö för träning och fysisk aktivitet	<p>Positiva effekter vid utomhusträning</p> <p>Patienters negativa upplevelser efter utomhusträning</p>
Dokumentation och uppföljning av träning och fysisk aktivitet utomhus	<p>Fysisk aktivitet eller fysisk träning</p> <p>Träningsmål</p>

3.1 Vad påverkar valet att använda utomhusmiljön för träning eller inte?

3.1.1 Anhörigas förväntan på att utevistelse ska vara en del av livet

Flera av informanterna saknade kontakt med de demenssjuka personernas anhöriga och detta gjorde att information om personernas tidigare erfarenheter kring att träna utomhus eller inte gick förlorad. Informanter som haft kontakt med anhöriga uppfattande att det stod högt på deras lista att personer på demensboendet fick träna med fysioterapeut och gärna utomhus. Informanterna reflekterade över att den starka önskan om träning ute kunde ha att göra med de anhörigas känsla av att personerna får behålla en del av sitt tidigare liv, och inte leva instängt och begränsat vid flytt till ett demensboende. En av informanterna betonade vikten av att ta del av personens levnadsberättelse och även få information från anhöriga om personens levnads- och träningsvanor tidigare i

livet. Detta med syfte att kunna utforma träningen individuellt i samverkan med personen och anhöriga, även om de på grund av progredierande demenssjukdom inte kunde träna exakt som tidigare.

”min pappa är van att vistas ute mycket ... har bott i eget boende med trädgård”

”...om man vet att den anhöriga bor på ett ställe där det finns tillgång till utemiljö och utevistelse, där man kan få de här livsstilsfaktorerna som dagsljus och rörelse utomhus så kanske man känner en tillfredsställelse i sig själv att den anhöriga har det så bra som möjligt i sin demenssjukdom”

3.1.2 Samarbetspartners underlättar genomförande av uteträning

Det framkom att det var viktigt att det fanns mer än en personal närvarande när gruppträning skulle genomföras utomhus. Detta upplevdes som en förutsättning för att träningen skulle bli lyckad då det var vanligt att någon av deltagarna kunde behöva gå in på grund av upplevd kyla eller trötthet eller behov av att gå på toaletten. Det var därför viktigt att det fanns minst en extra personal som ständigt kunde närvara vid gruppträningen när sådana situationer uppkom.

Det framkom att fysioterapeuter testade om personer med demens kunde promenera ute och på vilket sätt, för att sedan ordinera utevistelse och promenad som var tänkt att genomföras av omvårdnadspersonal. Fysioterapeutens roll blev att instruera och följa upp snarare än att aktivt leda regelbunden träning. Det framkom även att träning med omvårdnadspersonal hade en tendens att falla bort, förmodligen på grund av personalens tidsbrist. En informant ansåg att utbildningsinsatser för undersköterskor om vikten av fysisk träning och utemiljöns betydelse skulle ge större möjligheter till fruktbart samarbete och ökade chanser för träningen att faktiskt genomföras. Önskemål som framkom var att ha en rehabassistent eller undersköterska med enda arbetsuppgift att bistå fysioterapeuter med träning. Detta framstod som en möjlighet att påverka i vilken grad personerna fick möjlighet till träning.

”...brukar det oftast fungera så att jag gör det här några gånger, som en sorts utredande åtgärd. Och sedan är tanken att det är omsorgspersonalen som gör det...”

”...omvårdnadspersonalen är min förlängda arm, jag utför inte den här, men jag kan handleda och följa upp det”

Det framkom att ett samarbete med arbetsterapeuter och aktivitetspersonal ofta var lyckat, då en promenad kunde avslutas med en social aktivitet utomhus. Vid ett sådant samarbete kunde träningen maskeras som ett medel för att nå en trevlig aktivitet för de personer som inte var så förtjusta i träning men ändå i behov av det.

”... nu ska den här personen följa med ut i växthuset. Så är det kanske någon slags samling där eller nånting ... en träff där man planterar om blommor och då blir ju gångaktiviteten en del i träningsmomentet”

3.1.3 Egenskaper i miljön som stimulerar och främjar fysisk aktivitet och träning

En inomhusmiljö med inslag från utemiljön i form av naturfotografier, djurskulpturer i naturmaterial och även stora fönster mot livet utanför uppgavs verka stimulerande för en längtan att gå ut och röra på sig.

Det framkom även att egenskaper som lockar till fysisk aktivitet var viktiga komponenter i utemiljön för att underlätta och främja fysisk aktivitet och träning. Att placera redskap med hög igenkänningsfaktor i en trädgård kunde locka till rörelser i olika riktningar och även bli till utmanande balansövningar. Exempel som nämndes av informanterna var krattor, sopborstar, snöskyfflar, vattenkannor med vattentunna att fylla på från, och ved i en hög att trava. Även växter som lockar att plocka nämndes, t ex blommor, frukter och bär. Odlingsbänkar i rullstolshöjd kunde också fungera som motivation till upprensningsträning för rullstolsburna personer.

En variation i underlag nämndes av fler som en egenskap som kunde ge en varierad balansträning på ett naturligt sätt. Asfalt, gräs och grus betonades ge olika utmaning för balansen och kunde fungera väl så gott som en mjuk matta på

golv inomhus. Slingrande gångstigar med tvära vändningar nämndes av fler som ytterligare ett sätt att få inslag av balansträning i promenaden.

”...allt som kräver lite att man böjer sig ner, man bär, balansträning, funktionell träning, man kan backa, man sätter sig, bär nånting lite asymmetriskt, man måste balansera, fokusera på nånting att vattna just och hålla balansen...”

För att kunna öka svårighetsgraden för konditions- och benstyrketräning nämndes tillgång till trappor och backig terräng i närmiljön som viktig. Fysioterapeuterna såg positivt på att använda sig av olika spel utomhus som boule, bowling och andra kastspel för varierad balansträning. De betonade även att tillgång till sådana spel kunde vara ett bra verktyg för att arbeta med rörelserädsla hos personer som skadat sig tidigare och behöver komma igång. Att ha sådana spel framme i utemiljön befanns underlättande för att kunna fånga träningstillfällen i flykten.

”En tant som inte ville röra armen efter en fraktur som hade läkt, men med bowlingen så gick hon förbi det”

”att kunna fånga stunden och göra det som passar här och nu istället för att följa det där träningsprogrammet...”

3.1.4 Faktorer som underlättar respektive försvårar tillgången till utemiljön

Informanterna beskrev att fysiska egenskaper hos miljön kunde underlätta respektive försvåra för personer på demensboendet att komma ut. Hög sannolikhet för personer att få komma ut under dagen antogs höra samman med att avdelningen låg i markplan. Det kunde dels handla om att personerna lättare kunde hitta ut, samt att det var lättare för personal att följa någon ut på markplan.

Fysiska hinder i miljön som tunga dörrar, höga trösklar och avsaknad av ramper för att kunna komma ut med rollator och rullstol beskrevs av informanterna som försvårande faktorer för tillgång till utemiljön. De beskrev att tydliga skyltar, automatiska dörrar, alternativt dörröppnare och ramper över trösklar underlättande tillgången till utemiljön.

Det framkom även att personalens vilja att låta personerna fritt välja om och när de ville gå ut kunde variera mellan olika avdelningar på olika demensboenden. En informant tolkade det som ett samband med avdelningens placering i huset, och flera informanter såg ett samband med personalen egen vilja att vistas utomhus. Möjligheten för personerna att få uppleva sig som självständiga och kunna välja när man ville gå ut i beskrevs i stor utsträckning påverka graden av deras fysiska aktivitet.

”...att få känna att dörren faktiskt, faktiskt går att öppna, man får öppna dörren, man får gå ut, man är inte instängd, man får gå ut. Jag vill gå ut! Ja men då gör vi det, kom!”

3.1.5 Trygghet, en förutsättning för träning utomhus

Det framkom att trygghet sågs som en förutsättning för att kunna bedriva träning utomhus. Tryggheten kunde handla om att den fysiska miljön skulle vara avgränsad. Det framkom att om att det fanns ett större avgränsat område så att det inte gick att gå för långt och tappa bort sig, var chansen större att man lät personerna gå ut mer. En annan stor faktor som påverkade tryggheten var rädsla för fall och halt väglag både hos personer med demens och fysioterapeuter. Att vara säker på att personerna har stadiga skor och att vägar runt boendet var halkfria, tillsammans med tryggheten i att det fanns bänkar att vila på vid behov framkom som viktigt när man övervägde fysisk aktivitet utomhus.

Trygghet kunde även handla om att vara mer än en personal vid promenader om det fanns personer med nedsatt balans med i gruppen vilket var relativt vanligt. Att vara mer än en personal uppgavs även som en trygghet om promenaden var ämnad att söka påverka ett agiterat eller utåtagerande beteende.

”det här råkade vara en sjuksköterska som kände personen väldigt väl sedan tidigare också. Och personen hade väldiga svårigheter med agitation, och då var det väldigt tryggt att ha sjuksköterskan med sig som kände personen sedan tidigare”

3.2 Effekter av att välja utemiljö för träning och fysisk aktivitet

3.2.1 Positiva effekter vid fysisk aktivitet utomhus

Informanternas erfarenheter tydde på att både fysiska och mentala funktioner påverkades av fysisk aktivitet utomhus.

En mycket vanlig iakttagelse var att personer med demens som varit ute och tränat vaknat till när de varit ute en stund, och börjat använda sig av ett friskare rörelsemönster i betydelsen att de rörde sig mindre stelt. En annan vanlig uppfattning var att det verkade som om mer av personernas riktiga jag kom fram, det gick lättare att få till samtal och man upplevde en större kontakt.

”att var ute och prata, att man får det där samtalet som man inte får inne på rummet eller inomhus. Så det kanske är... .. något gammalt invariant mönster som de känner igen och som känns bra och normalt kanske, att vara ute och gå, att promenera tillsammans med någon.”

”vind i håret och sol på näsan triggar gången”

Andra effekter som kunnat iakttas hos personerna med demens var bättre humör, minskat utåtagerande beteende och minskat ångestrelaterat beteende för en stund. Fler informanter hade iakttagit att den känsla av instängdhet som personer med demens kunde ge uttryck för kunde bytas mot en skön trötthet och glädje över att få återvända in efter en promenad utomhus.

”vissa som är fysiskt oroliga tycks ha liksom det här behovet av att röra på sig och något annat biter inte, då tycker jag att det kan vara lyckat just att man

märker att det är en viss, att man har blivit lite lugnare, man är inte motoriskt orolig eller alltså att den här ångesten inte ökar att man blir lite trött på friskt sätt. Då är det lyckat.”

”kanske de sexuella anspelningarna kom sig av en enorm tristess. Och när det blev ombyte i den tristessen så kunde det få komma fram andra saker. Som var mer jagstärkande”

Personernas uthållighet verkade förbättras när de tränade utomhus. Detta kunde observeras då de kunde vara fysiskt aktiva längre tidsperioder om det skedde utomhus.

En av informanterna reflekterade över att personer med demenssjukdom kunde ha svårt att uttrycka sig verbalt och ofta blev uppmanade till olika aktiviteter som att gå upp, klä på sig, gå till maten. De blev lätt passiva mottagare av olika åtgärder, hygienhjälp, måltiden ställdes fram, högläsningen gjordes av någon annan. Hon menade att när personen kom ut från boendet och man tränade tillsammans kunde känslan av jämlikhet öka för personen och träningen blev därmed även en jagstärkande aktivitet. Andra informanter uttryckte sig om jagstärkande att personernas träning blev meningsfull när den kunde utföras utomhus i en miljö som liknade den personerna vistats i som friska.

3.2.2 Personers negativa upplevelser av att vistas utomhus

Personer med demens kunde bli mer oroliga när de kom utomhus. Oron kunde röra frågor om man var tillräckligt snygg, möjlighet att gå på toaletten vid behov, rädsla för att falla och oro över att bli lämnad ensam. En annan negativ upplevelse var en person som fick synhallucinationer och upplevde otäcka djur i buskarna. Fysioterapeuten reflekterade att naturmiljö inte alltid var det bästa för alla personer med demens och betonade hur viktigt det är att utgå från individen vid planering av träning utomhus. Informanterna såg inte personernas negativa upplevelser som enbart dåliga; att bli blöt av regn och snö eller att frysa kunde ses som upplevelser som hör livet till.

”...det är klart att man har haft patienter som har velat gå in igen ...och upplevde det som obehag lite att komma ut”

”Så att jag tror ju halka och att vara rädd för att halka och trilla, det är en väldig begränsning. Annars kan jag inte se, för jag menar är det blött är det bara att ta på sig kläder ju.”

3.3 Dokumentation och uppföljning av träning och fysisk aktivitet utomhus

3.3.1 Fysisk aktivitet eller fysisk träning

Det framkom i materialet att informanterna uppfattade fysisk aktivitet utomhus främst som rekreation, trots att det många gånger skulle kunnat ha klassificerats som träning. Ett fåtal resonerade kring möjligheten att dokumentera den fysiska aktiviteten ute för att på så sätt ha kunnat räknas som träning. Detta genom att ha mätt gångsträcka och noterat tidsåtgången för promenad, eventuella smärtuttryck, iakttagelser av personernas sinnesstämning, ansträngning och även ha bett dem som kunde att skatta sin egen ansträngning. Fysioterapeuterna beskrev även att det skulle ha varit möjligt att använda enkla tester för en utvärdering av den fysiska aktiviteten utomhus, om man valde att se promenader som träning. En utvärdering var dock ingenting som gjordes regelbundet.

”...att man gör ett sånt här mål med saker och ting, att man sätter, fem minuters promenad, med... låt oss säga att man ska gå två gånger i backen, som där det är tio meters backe det är inget jag har tänkt på egentligen förrän du frågar om det...”

Personerna med demens bedömdes inte alltid uppfatta den fysiska aktiviteten ute som träning. Informanten med kortare erfarenhet av demensvård funderade över om det då var möjligt att klassa det som träning, medan informanter med längre erfarenhet ansåg att det var en fördel eftersom det ofta gick att hålla aktiviteten igång längre om den uppfattades som en trevlig samvaro. Det betonades av flera informanter att även om den fysiska aktiviteten höll en låg intensitet uppfattades

den inte som bortkastad utan bedömdes ha en positiv effekt på humör, agitation och känsla av oro även om styrka och kondition inte förbättrades.

3.3.2 Träningsmål

Det framkom att fysioterapeuterna hade flera olika mål med den fysiska aktiviteten utomhus för personerna med demens. Ofta handlade det om att bibehålla förflyttnings- och gångförmåga, men även om ökad gångförmåga och ökad balans. Man använde även promenader för att söka påverka humör, oro, motorisk rastlöshet, vandringsbeteende och utåtagerande beteende. De mentala effekter som fysioterapeuterna kunde iaktta vid fysisk aktivitet utomhus var inget som dokumenterades regelbundet.

4 Diskussion

4.1 Resultatdiskussion

Effekter av fysisk träning och effekter av att vistas i utemiljö för personer med demens i har studerats tidigare, liksom effekter på mentala funktioner (Cedervall et al., 2015; Cedervall & Åberg, 2010; Groot et al., 2016; Hernandez et al., 2015; Littbrand, Carlsson, et al., 2011; Littbrand, Stenvall, et al., 2011; Rappe et al., 2006; Scherder, Bogen, Eggermont, Hamers, & Swaab, 2010; Swane, 2005; Thuné-Boyle et al., 2012; Toots et al., 2016). Även fysioterapeuters reflektioner kring, och strategier för högintensiv fysisk träning för personer med demens har studerats (Fjellman-Wiklund, Nordin, Skelton, & Lundin-Olsson, 2016). Däremot har studier kring hur fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utemiljö vid träning för personer med demens i särskilt boende inte gjorts tidigare.

Resultatet från denna studie visade på faktorer som påverkar huruvida fysioterapeuter valde att använda sig av utomhusmiljön, eller ordinerade

omvårdnadspersonal att använda sig av utomhusmiljön för fysisk aktivitet med personer med demens. Personella resurser verkade vara en faktor som spelade en stor roll för om träning blev av eller inte liksom omvårdnadspersonalens intresse. Resultatet visade att fysioterapeuterna i relativt liten utsträckning själva bedrev träningen; den delegerades till stor del att utföras av omvårdnadspersonal. Med fördjupad kunskap om hur gång- och rörelseförmåga påverkas vid kognitiv nedsättning till följd av demenssjukdom som beskrivits av Budson och Kowall (2014), Cott och Finch (2007), Scherder et al. (2007) och Scherder et al. (2011) skulle fysioterapeuter ha möjlighet att individanpassa fysisk aktivitet och träning i större utsträckning, medvetet använda sig av procedurminnet, och därmed påverka träningen till en högre kvalitetsnivå. De skulle även eventuellt kunna bidra till att personer kan ges möjlighet att vara fysiskt aktiva längre in i sin demenssjukdom.

Fysioterapeuterna i denna studie upplevde i hög grad att det med dagens bemanning är svårt att hinna med att leda all träning för personerna med demens. Det är dock svårt att få en bild av hur läget faktiskt ser ut i landet, eftersom det saknas heltäckande personalstatistik för särskilda boenden i Sverige (Socialstyrelsen, 2016). De Souto Barreto et al. (2016) menar att med dagens resurser, kan fysioterapeuter ha ansvar för upp till 500 personer. Detta medför att många fysioterapeuter är hänvisade till att förlita sig på annan personal, anhöriga och volontärer för att försöka förverkliga den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet och fysisk träning för personer i särskilt boende. Forskning betonar att det finns behov av en ökning av fysioterapeuter, men även andra yrkeskategorier inom särskilt boende för att kunna förverkliga de rekommendationer som finns (de Souto Barreto et al., 2016).

Rappe, Kivela och Rita (2006) rekommenderar att det görs lättare för personer med demens i särskilt boende att få tillgång till utemiljö året runt. Denna studies resultat tyder på att variationen fortfarande är stor i landet för hur lättillgänglig utemiljön är vid de särskilda boendena för personer med demens. Resultatet visar att informanterna hade idéer om hur utemiljön skulle kunna göras mer tillgänglig, och även att de hade många idéer för hur utemiljön skulle kunna stimulera till fysisk aktivitet. Resultatet visar att en trygg utemiljö för både de

demenssjuka och personalen verkar spela en roll för i vilken utsträckning personerna ges möjlighet att gå ut. Även här spelar personella resurser en roll, eftersom tryggheten även kunde handla om att inte vara ensam med personerna med demens i utemiljön. Genom att sammanföra hälsoperspektivet hos till exempel fysioterapeuter med byggteknisk kunskap har nederländska forskare visat hur det är möjligt att underlätta tillgången till utemiljön för demenssjuka i särskilt boende (van Hoof, Rutten, Struck, Huisman, & Kort, 2015). Genom att använda ICF i modellen In2Health visas tydligt vad som hindrar respektive främjar tillgänglighet och delaktighet för den sjukdomsdrabbade (van Hoof et al., 2015).

Resultatet från denna studie visar att fysioterapeuterna reflekterat över på vilka effekter fysisk aktivitet i utomhusmiljö haft på personerna med demenssjukdom i särskilt boende. De har i stor utsträckning iakttagit hur personernas mentala förmågor och välmående påverkats av fysisk aktivitet utomhus och i mindre utsträckning uttryckt tankar om att patienters fysiska förmågor förändrats eller förbättrats. Resultatet i denna studie visar att en stor del av fysioterapeuternas reflektioner handlar om hur den fysiska aktiviteten utomhus och kanske mest själva utevistelsen i sig, verkar ha en normaliserande och jagstärkande effekt. Iakttagelserna av ökad vakenhet och ökad möjlighet till kontakt och samtal med personerna stämmer väl överens med resultaten i Swanes (2005) studie. Där påvisas att personer med demens lättare samtalar och visar intresse för sin omgivning när de vistas utomhus i naturen (Swane, 2005). Studier har även visat att det kan vara av stor betydelse för självkänslan att kunna fortsätta vistas utomhus för personer med demens i tidigt stadium, och att den fysiska aktiviteten kan vara en hjälp att fokusera på det friska hos sig själv (Cedervall et al., 2015; Cedervall & Åberg, 2010; Olsson et al., 2013). Iakttagelserna från fysioterapeuterna i denna studie ger stöd för att det skulle kunna gälla även för personer i senare skede i demenssjukdomen efter en flytt till särskilt boende.

Denna studies resultat visar även att utevistelse eller tal om utevistelse kunde väcka oro över omständigheter som skulle kunna verka bagatellartade; att inte vara fin nog, att kanske behöva gå in om det är kallt. En möjlig tolkning av denna oro skulle kunna vara att den har att göra med känslor av sorg över

förlorade förmågor som personer i tidigare skede av demens uppvisat i studier av Olsson et al. (2013).

Resultatet i denna studie visar att fysioterapeuterna inte betraktade den fysiska aktiviteten ute som träning av styrka och uthållighet i första hand, men en del av dem reflekterade ändå över att det var skulle vara möjligt att använda utemiljön för strukturerad träning, vilket visar på utvecklingsmöjligheter inom detta område.

Resultatet i denna studie visar vidare på att fysioterapeuterna hade flera olika mål för sina interventioner. Många gånger handlade målen om just de mentala effekter och påverkan på välmående och självkänsla som beskrivs under kategorin positiva effekter vid fysisk aktivitet utomhus. I resultatet kan även ses att bevarad balans och förflyttningsförmåga var en del av målen, men informanterna beskriver i mycket liten utsträckning att de använder sig av de evidensbaserade metoder som finns tillgängliga för att nå dessa mål (Littbrand, Carlsson, et al., 2011). En del av informanterna nämnde att de inkluderade delar av evidensbaserade träningsprogram i sina träningsupplägg för personer med demens, men långtifrån alla. Möjligen är det på grund av kunskapsbrist som fler informanter inte beskriver att de använder sig av evidensbaserade metoder. Denna eventuella kunskapsbrist kan ha sin orsak i att fysioterapeuter i kommunal verksamhet har relativt låg tillgång till sökdatabaser för vetenskaplig litteratur (Rösblad, 2016).

4.2 Metodologiska överväganden

Valet av en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats motiverades av att kunskap om hur fysioterapeuter resonerar kring att använda sig av utemiljö vid träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende var i fokus. Tidigare studier i ämnet saknades och studiens syfte var att generera ny kunskap (Patel & Davidson, 2011). Den halvstrukturerade individuella intervjun användes som datainsamlingsmetod (Kvale & Brinkmann, 2014). Fokusgrupper skulle kunna ha varit en alternativ insamlingsmetod för att möjliggöra ytterligare reflektion

genom gruppdiskussion (DePoy & Gitlin 2016). Det bedömdes dock som svårgenomförligt på grund av att informanterna kom från flera olika orter i Sverige.

En styrka i denna studie var att rekryteringen av informanter skedde genom två olika nätverk, ett lokalt i Stockholms län och ett med medlemmar i hela landet. Det resulterade i informanter från flera olika delar av landet, från Skåne i söder till Jämtland i norr, med olika förutsättningar att bedriva fysisk träning utomhus. Detta bidrog till stärkt validitet genom ökad variationsrikedom i informanternas svar (Patel & Davidson, 2011).

Författarens avsikt var att välja informanter med olika kön och olika lång erfarenhet av arbete med personer med demenssjukdom för att ytterligare öka variationsrikedomen i informanternas svar. Detta skulle ha bidragit till att öka studiens validitet (Patel & Davidson, 2011). Av de personer som visade intresse för att delta i studien var dock alla kvinnor, och alla utom en hade mellan 15 och 25 års erfarenhet. Detta medförde att det strategiska urvalet inte helt kunde förverkligas vilket kan ha påverkat variationsrikedomen i svaren i negativ riktning. Ett strategiskt urval som kunde ha säkrat ytterligare variationsrikedom hade varit att välja informanter från olika kontext (geografisk placering och utformning av de särskilda boendena). En geografisk spridning uppnåddes ändå tack vare att ett av rekryteringsnätverken hade medlemmar från hela landet. Informanternas arbetsplatser fanns både i storstad, förort, mindre stad och landsort. Även rik data uppnåddes även om det planerade strategiska urvalet inte kunde mötas helt.

Tack vare att informanterna kom från så skilda delar av landet och från olika kontext kan det finnas möjlighet till överförbarhet av resultaten till andra fysioterapeuters situation (DePoy & Gitlin, 2016). Vid ett förändringsarbete för ökad användning av utomhusmiljö vid fysisk aktivitet kan kategorier under temat Vad påverkar valet att använda utomhusmiljön eller inte, vara användbart i förberedelserna för förändringen. Kategorin Trygghet en förutsättning för träning utomhus, kan beaktas i förberedelser genom att anpassa underlaget så att rädsla för halka och fall hos personerna med demens såväl som hos personalen

kan undvikas. Det skulle kunna förmodas ge ökad trygghet och även öka förutsättningen för att fysisk aktivitet utomhus skulle bli av. Även kategorin Samarbetspartners underlättar genomförande av uteträning kan vara överförbart och användbart vid planering av att genomföra utomhusträning. Genomförandet skulle ha större chans att lyckas med fler engagerade och involverade personalkategorier.

Forskaren var ensam om analysarbetet vilket kan vara en svaghet. För att stärka validiteten granskade handledaren analysprocessen, så kallad Peer debriefing (DePoy & Gitlin, 2016). För att öka validiteten hade triangulering kunnat användas genom att välja ytterligare en datainsamlingsmetod som t ex observationsstudier av hur fysioterapeuter arbetar med utomhusträning för personer med demens (DePoy & Gitlin, 2016; Patel & Davidson, 2011). Det ansågs dock som ett för omfattande arbete för denna studie att kombinera två datainsamlingsmetoder.

4.3 Kliniska implikationer

Av informanternas resonemang framgick att de använder utemiljön i liten utsträckning för träning, d v s att aktiviteten utförs med så kallad overload, strukturerat återkommande och med en succesiv ökande belastning. Alla informanter visade en positiv syn på att använda sig av utemiljön för träning, och hade tankar kring hur miljön skulle se ut för att göra träningen lättillgänglig. Det framkom att det finns möjligheter att få med både den fysiska träningens effekter på balans och ADL-funktioner tillsammans med utemiljöns positiva effekter på mentala funktioner och välbefinnande hos de flesta personer med demenssjukdom. Fysioterapeuterna i studien saknade i dagsläget en struktur för sådan träning, men såg positivt på att arbeta med utveckling av detta. Det finns således ett behov av att utveckla strukturerade metoder för utomhusträning för enskilda demensboenden, utifrån det specifika boendets förutsättningar. Fler av fysioterapeuterna reflekterade kring att det krävs mer tid för att genomföra träning eller fysisk aktivitet utomhus eftersom det inkluderar förberedelse av rätt klädsel och skor för deltagare. Ett mer utvecklat samarbete

med omvårdnadspersonal och även anhöriga skulle verka underlättande för ett genomförande av utomhusträning.

4.4 Implikationer för fortsatta studier

Med en utvecklad dokumentation av fysisk träning utomhus i form av promenader, som är den form av fysisk aktivitet de flesta informanter i denna studie använt sig av, skulle Fysioterapeuter kunna bidra till utvecklingsarbetet av behandling av agitation och andra mentala funktioner hos personer med demens i särskilt boende. De studier som hittills gjorts av promenader som intervention har varit av för låg kvalitet och under för kort tid för att kunna dra säkra slutsatser även om de ger ett visst stöd för interventionen (Brett et al., 2016). Dessutom behövs studier som studerar en intervention i taget för agitation och andra mentala funktioner (Thuné-Boyle et al., 2012). Fysisk aktivitet har dock generellt positiv påverkan på kognition och beteende (Scherder et al., 2010). Genom teamarbete med andra vårdprofessioner; läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, skulle det även vara möjligt att utvärdera promenader med olika intensitet och frekvens som förebyggande behandling mot t ex agitation och oro för personer med demens.

5 Slutsats

Tidigare forskning och resultaten från denna studie ger stöd åt fysioterapeuters utvecklingsarbete av metodik för att använd sig av träning utomhus med målet att påverka såväl välbefinnande som fysiska och mentala funktioner. Med fördjupade kunskap om hur kognitiva förändringar påverkar motoriken har fysioterapeuter med sina kunskaper om fysisk aktivitet och fysisk träning en viktig roll att fylla i arbetet med att underlätta för personer med demens i särskilt boende att få vara fysiskt aktiva i utemiljö. Ett förändringsarbete inom särskilda boenden mot att i större utsträckning använda fysisk aktivitet i utemiljö i förebyggande syfte mot oro, agitation och andra psykiska symtom vid demenssjukdom vore önskvärt.

6 Referenser

- Bate, P. (2009). Motor Control. In S. Lennon & M. Stokes (Eds.), *Pocketbook of Neurological Physiotherapy*. Edinburgh ; Toronto: Churchill Livingstone.
- Brett, L., Traynor, V., & Stapley, P. (2016). Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 104-116. doi:10.1016/j.jamda.2015.08.016
- Broberg, C., & Lenné, R. (2017). Fysioterapi, Profession och vetenskap. Retrieved from <http://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/webb-fysioterapi-vetenskap-och-profession-20160329.pdf>
- Cedervall, Y., Halvorsen, K., & Åberg, A. C. (2014). A longitudinal study of gait function in people with Alzheimer disease. In (Vol. 39, pp. S138-S138).
- Cedervall, Y., Torres, S., & Åberg, A. C. (2015). Maintaining well-being and selfhood through physical activity: experiences of people with mild Alzheimer's disease. *Ageing Ment Health*, 19(8), 679-688. doi:10.1080/13607863.2014.962004
- Cedervall, Y., & Åberg, A. C. (2010). Physical activity and implications on well-being in mild Alzheimer's disease: A qualitative case study on two men with dementia and their spouses. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(4), 226-239. doi:10.3109/09593980903423012
- Cott, C. A., & Finch, E. (2007). The Movement Continuum Theory (MCT), published in 1995, (1) built on Hislop's notion of pathokinesiology (2).(Invited Commentary). *Physical Therapy*, 87(7), 925.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five approaches* (3., [updated] ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- de Souto Barreto, P., Morley, J. E., Chodzko-Zajko, W., H Pitkala, K., Weening-Dijksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, L., . . . Rolland, Y. (2016). Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 381. doi:10.1016/j.jamda.2016.01.021
- DePoy, E., & Gitlin L. (2016). *Introduction to research : understanding and applying multiple strategies* (5. ed. ed.). St. Louis: St. Louis : Elsevier Inc.
- Eggermont, L. H. P., & Scherder, E. J. A. (2006). Physical activity and behaviour in dementia: a review of the literature and implications for psychosocial intervention in primary care. *Dementia*, 5(3), 411.
- Fjellman-Wiklund, A., Nordin, E., Skelton, D. A., & Lundin-Olsson, L. (2016). Reach the Person behind the Dementia - Physical Therapists's Reflections and Strategies when Composing Physical Training.(Research Article). *PLoS ONE*, 11(12), e0166686. doi:10.1371/journal.pone.0166686
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P., van Berckel, B. N. M., Scheltens, P., Scherder, E. J. A., . . . Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: A meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Research Reviews*, 25, 13-23. doi:10.1016/j.arr.2015.11.005
- Harada, K., Lee, S., Park, H., Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., . . . Suzuki, T. (2016). Going outdoors and cognitive function among community-dwelling older

- adults: Moderating role of physical function. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(1), 65-73. doi:10.1111/ggi.12437
- Harrison, B. E., Son, G.-R., Kim, J., & Whall, A. L. (2007). Preserved Implicit Memory in Dementia: A Potential Model for Care. In (Vol. 22, pp. 286-293).
- Hernandez, S. S. S., Sandreschi, P. F., da Silva, F. C., Arancibia, B. A. V., da Silva, R., Gutierrez, P. J. B., & Andrade, A. (2015). What are the Benefits of Exercise for Alzheimer's Disease? A Systematic Review of the Past 10 Years. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(4), 659-668. doi:10.1123/japa.2014-0180
- Kowall, N. W., & Budson, A. E. (2013). *The handbook of Alzheimer's disease and other dementias* (New edition. ed.). Chichester: Chichester : Wiley-Blackwell.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik : den professionellt genomförda intervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Littbrand, H., Carlsson, M., Lundin-Olsson, L., Lindelöf, N., Håglin, L., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. (2011). Effect of a high-intensity functional exercise program on functional balance: preplanned subgroup analyses of a randomized controlled trial in residential care facilities. *J Am Geriatr Soc*, 59(7), 1274-1282. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03484.x
- Littbrand, H., & Rosendahl, E. (2012). Demenssjukdomar, motorik, fysisk aktivitet och fysisk träning. In E. Rydwick (Ed.), *Äldres hälsa - ett sjukgymnastiskt perspektiv* (1st ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Littbrand, H., Stenvall, M., & Rosendahl, E. (2011). Applicability and Effects of Physical Exercise on Physical and Cognitive Functions and Activities of Daily Living Among People With Dementia A Systematic Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(6), 495-518. doi:10.1097/PHM.0b013e318214de26
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 ed., pp. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Mandell, A. M., & Green, R. C. (2014). Alzheimer's Disease. In A. E. Budson & N. W. Kowall (Eds.), *The handbook of Alzheimer's Disease and other dementias*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matsson, C. M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2014). Fysisk Aktivitet - Begrepp och definitioner. In A. Ståhle (Ed.), FYSS. <http://www.fyss.se/>: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet.
- Medicinska forskningsrådet. (2000). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning : forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Rev. version.
- Murai, T., Yamaguchi, T., Maki, Y., Isahai, M., Kaiho Sato, A., Yamagami, T., . . . Yamaguchi, H. (2016). Prevention of cognitive and physical decline by enjoyable walking-habituation program based on brain-activating rehabilitation. *Geriatr Gerontol Int*, 16(6), 701-708. doi:10.1111/ggi.12541
- Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K., & Engstrom, M. (2013). Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study. *Aging & Mental Health*, 17(7), 793-800. doi:10.1080/13607863.2013.801065
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4., [uppdaterade] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Pless, M., & Granlund, M. (2011). *Handbok i att använda ICF och ICF-CY* (1.uppl. ed.). Stockholm: Studentlitteratur.

- Rappe, E., Kivela, S. L., & Rita, H. (2006). Visiting outdoor green environments positively impacts self-rated health among older people in long-term care. *Horttechnology*, 16(1), 55-59.
- Rösblad, B. (2016). *Fysioterapeuters förutsättningar för livslångt lärande samt tillgång till kunskaps- och beslutsstöd*. Retrieved from Stockholm: <http://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kunskapsstod-fortbildning-rapport-2016.pdf>
- Scherder, E., Eggermont, L., Swaab, D., van Heuvelen, M., Kamsma, Y., de Greef, M., . . . Mulder, T. (2007). Gait in ageing and associated dementias; its relationship with cognition. *Neurosci Biobehav Rev*, 31(4), 485-497. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.11.007
- Scherder, E. J. A., Bogen, T., Eggermont, L. H. P., Hamers, J. P. H., & Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int. Psychogeriatr.*, 22(8), 1203-1208. doi:10.1017/S1041610210001493
- Shaw, J. A., & Deforge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2012, Vol.28(6), p.420-427, 28(6), 420-427. doi:10.3109/09593985.2012.676941
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2017). *Motor control : translating research into clinical practice* (Fifth edition. ed.).
- Socialstyrelsen. (2014). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19444/2014-6-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016a). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, remissversion. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016b). *Vård och omsorg om de äldre - Lägesrapport 2016*. Retrieved from Västerås: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf>
- Swane, C. E. (2005). Green care - the significance of nature to dementia sufferers. *Sygeplejersken*, 105(14).
- Taraldsen, K., Hellbostad, J. L., & Saltvedt, I. (2016). Fysisk aktivitet vid demens. In A. Ståhle (Ed.), FYSS. <http://www.fyss.se/>: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet.
- Thuné-Boyle, I. C. V., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D., & Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1046-1057. doi:10.1017/S1041610211002365
- Toots, A., Littbrand, H., Lindelof, N., Wiklund, R., Holmberg, H., Nordstrom, P., . . . Rosendahl, E. (2016). Effects of a High-Intensity Functional Exercise Program on Dependence in Activities of Daily Living and Balance in Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 55-64. doi:10.1111/jgs.13880
- Ustun, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25(11-2), 565-571. doi:10.1080/0963828031000137063
- van Hoof, J., Rutten, P. G. S., Struck, C., Huisman, E., & Kort, H. S. M. (2015). The integrated and evidence-based design of healthcare environments. *Architectural Engineering and Design Management*, 11(4), 243-263. doi:10.1080/17452007.2014.892471

- WCPT. (2017). Policy Statement: Description of physical therapy. Retrieved from <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
- Winchester, J., Dick, M. B., Gillen, D., Reed, B., Miller, B., Tinklenberg, J., . . . Cotman, C. W. (2013). Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (AD) across one year. *Arch Gerontol Geriatr*, 56(1), 96-103. doi:10.1016/j.archger.2012.06.016

Bilaga A

Stockholm 2017-04-10

Hej,

Mitt namn är Madelene Bruce Danielsson, jag går på magisterutbildningen i demens på Karolinska Institutet till Silviafysioterapeut, och är nu framme vid uppsatsdelen.

Jag mailar nätverket med tillstånd av Ingrid Hjalmarson / Cristina Wångblad och söker dig som vill delta i en intervjustudie om hur du som fysioterapeut resonerar kring att använda dig av utomhusmiljö vid fysisk träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende. Det är av intresse att intervjua både manliga och kvinnliga fysioterapeuter med lång och kort erfarenhet av att arbeta med demenssjuka personer.

Det finns i dag starkt vetenskapligt stöd för en del av de insatser vi fysioterapeuter gör, och mindre starkt stöd för andra. Till exempel har styrketräning för benen starkt stöd för fallprevention, medan promenader har visst stöd för sömnstörning, ADL-förmåga mm.

Denna studies resultat kan komma att bidra till metodutveckling inom fysioterapi för personer med demenssjukdom.

Hur går intervjun till?

Om du önskar att delta kommer du att intervjuas vid ett tillfälle och intervjun beräknas ta max en timme. Intervjun kommer att ske vid en tidpunkt som passar dig. Den kan ske vid ett personligt besök av mig på arbetsplatsen, per Skype, eller per telefon, efter godkännande av chef. Med din tillåtelse kommer intervjun att spelas in, och transkriberas för analys.

Frivillighet och konfidentialitet

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange skäl. Det inspelade materialet och utskriften kommer att förvaras skyddat och inga obehöriga kommer att kunna ta del av det. Ingen enskild individ kommer att kunna identifieras i materialet. Citat från intervjuerna kan komma att användas i uppsatsen och eventuellt framtida forskning, men inte kunna kopplas till individ. Efter avslutat uppsatsarbete kommer ljudinspelningarna att raderas.

Maila ditt intresse

Svara mig per mail så snart som möjligt om du är intresserad av att delta då återkommer jag snarast. Jag kommer att behöva tillstånd från din chef för att göra intervjun på arbetstid, så bifoga gärna namn och mailadress till den personen.

Med vänlig hälsning,

Madelene Bruce Danielsson

Leg fysioterapeut

Tel: 070 855 44 63

madelene.bruce.danielsson@stud.ki.se

Handledare:

Anna Brorsson

Leg arbetsterapeut, Med Dr,

Universitetsadjunkt

anna.brorsson@ki.se

Bilaga B

Frågeguide intervjustudie

På vilket sätt brukar du träna med personer med demenssjukdom? (enskilt, grupp, ...)

Hur upplever du att det fungerar / hur känns träningen?

Hur resonerar du när du väljer hur träningen ska se ut?

På vilket sätt använder du dig av utomhusmiljön i tränings syfte för personer med demens?

Kan du beskriva ett lyckat träningstillfälle utomhus?

Kan du beskriva ett mindre lyckat träningstillfälle utomhus?

Vilken respons får du av patienter när ni tränar utomhus/inomhus?

Vilken respons får du av anhöriga?

Vilken respons får du från övrig personal?

Kan du beskriva hur miljön ser ut där ni tränar idag?

Vilka fördelar ser du med att använda dig av utomhusmiljön? (finns nackdelar?)

Hur skulle utomhusmiljön se ut för att främja för träning?

Vilka hinder finns i utomhusmiljön?

Vilken typ av träning / aktivitet passar att göra utomhus?

Vilka möjliga samarbetsformer med andra yrkeskategorier kan du se att utomhusmiljön kan ge? (teambaserat arbetssätt...)

Finns det något annat som du skulle vilja lägga till?

Bilaga C

Samtyckesformulär

Jag samtycker till att delta i intervjustudien

”Hur resonerar fysioterapeuter kring att använda sig av utomhusmiljö vid fysisk träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende”

Jag har tagit del av den skriftliga informationen och samtycker till att delta i studien. Jag känner till att mitt deltagande i studien är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan tacka nej eller avbyta mitt deltagande i studien.

Jag vill få ett exemplar av den färdiga studien efter avslutat arbete.

Ort och datum

Namnteckning/namnförtydligande

Ansvarig för studien är

Madelene Bruce Danielsson, Leg fysioterapeut, tillsammans med handledare
Anna Brorsson, Leg arbetsterapeut, Med Dr, Universitetsadjunkt